

施 術 証 明 書

柔道整復師用

（新潟県交通災害共済）

傷病者	住 所			大・昭 平・令	年	月	日	生																								
	氏 名		生年月日																													
傷 病 名																																
症状及び経過 （注・ <u>交通事故が原因</u> であることを記入してください。） （受傷日 平成 年 月 日） 令和																																
施術の部位及び内容																																
施術期間	実施術日数 日						平成 年 月 日 令和	治 継 中 転	癒 続 止 医																							
	自 平成 年 月 日・至 平成 年 月 日 令和																															
通 院 内 訳（施術を受けるため実際に通院した日を○で囲んでください）																																
1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	日		
3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	日	
5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
6月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	日	
7月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	日	
10月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
11月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	日	
12月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
上記のとおり証明いたします。								計	日																							
令和 年 月 日																																
所 在 地						電 話（ ）																										
名 称																																
柔道整復師名																																

- 1 共済見舞金支給の等級査定は実治療日数によって行います。したがって実施術日数は必ず記入してください。
- 2 施術期間の実施術日数と通院内訳の計欄の日数は一致いたします。